

Änderungsantrag Direktversicherung

Bitte per Post an: AXA Lebensversicherung AG, 51172 Köln oder per Mail: bAV@axa.de

Versicherungsnummer:		Kollektivnummer:
Versicherte Person:		
Anschrift:		
Versicherungsnehmer:		



1. Beendigung des Arbeitsverhältnisses (F12)

Dienstaustritt zum:	Beiträge werden vom Arbeitgeber gezahlt bis einschließlich:
Sollte der Versicherte bei oder nach Übertragung der Versicherung auf ihn eine Kapitalabfindung gemäß § 3 BetrAVG wünschen, stellen wir hiermit schon jetzt einen entsprechenden Antrag	
Übertragung des Vertrages bzw. Rückkauf: (K01)	<input type="checkbox"/> Übertragung auf den ausgeschiedenen Mitarbeiter <input type="checkbox"/> Rückkauf (nicht möglich bei unverfallbaren Ansprüchen des Mitarbeiters)
Angabe zu überzahlten Beiträgen:	Sofern Beiträge überzahlt wurden, sollen diese: <input type="checkbox"/> in dem Vertrag verbleiben <input type="checkbox"/> an uns erstattet werden (nicht möglich, wenn die Beiträge im Wege der Entgeltumwandlung vom Arbeitnehmer finanziert worden sind)
Bankverbindung:	Unsere Bankverbindung für Rückkauf und Beitragsersstattungen: IBAN: _____ BIC: _____ Kontoinhaber: _____

2. Adressänderung und / oder Namensänderung der versicherten Person (N00)

Neue Anschrift:			
Aktueller Name		Geburtsname:	

3. Wegfall der Entgeltfortzahlung

Das Arbeitsverhältnis mit der versicherten Person ruht ab dem: _____ wegen

Elternzeit (M03) Krankheit (M05)

Beiträge werden vom Arbeitgeber gezahlt bis einschließlich: _____

Die versicherte Person wird die Beiträge privat entrichten und übersendet das beiliegende SEPA-Lastschriftmandat zurück.

Die versicherte Person wird künftig folgenden Beitrag _____ EUR privat entrichten und übersendet das beiliegende SEPA-Lastschriftmandat.*

Der Vertrag soll für die Zeit von _____ bis _____ in beitragsfreier Form fortgeführt werden. (Nicht bei SBV)

SBV: Abweichend von den Bedingungen beantragen wir die Beitragsaussetzung wegen Wegfall der Lohnfortzahlung für 4 bzw. 6 Monate. (Genauere Informationen folgen mit der Bestätigung)

Bitte beachten Sie die folgenden Hinweise:

- Auch bei einem ruhenden Dienstverhältnis bleibt der Arbeitgeber weiterhin unser Vertragspartner bzw. Versicherungsnehmer
- Bei Nichtzahlung der Beiträge wird das Mahnverfahren gegen den Arbeitgeber als Versicherungsnehmer und Beitragsschuldner eingeleitet.
- Eine Information der versicherten Person erfolgt im Rahmen des § 166 Abs. 4 VVG.

* Beachtung der tariflichen Mindestbeiträge

Änderungsantrag Direktversicherung

Bitte per Post an: AXA Lebensversicherung AG, 51172 Köln oder per Mail: bAV@axa.de

4. Wiederaufnahme der Beitragszahlung durch den Arbeitgeber nach Elternzeit - (nicht bei SBV)

Der Arbeitgeber übernimmt die Beitragszahlung ab dem _____ in Höhe von 1/___ jährlich _____ EUR.
Die steuerliche Behandlung der Beiträge erfolgt dabei wie vor dem Wegfall der Entgeltfortzahlung.

5. Vertragsänderung

Erhöhung (V10)

des Beitrages des Beitrages durch Arbeitgeberzuschuss _____ der Leistung zum _____ auf _____ EUR

Hinweis: Eine Erhöhung ist ggf. von einer Gesundheitsprüfung abhängig und muss ggf. in einem Neuvertrag innerhalb der aktuellen Tarifgeneration dokumentiert werden. Der Beitrag ist auf den steuerlich geförderten Höchstbeitrag gemäß EStG begrenzt. Sie erhalten von uns ein Angebot.

Reduzierung (V07)

des Beitrages der Leistung zum _____ auf _____ EUR

Hinweis: Es sind die tariflichen Mindestleistungen bzw. Mindestbeiträge einzuhalten.

Beitragsfreistellung (B01) zum _____

Hinweis: Sofern keine Werte vorhanden sind, erlischt die Versicherung.

6. Wiederinkraftsetzung nach Beitragsfreistellung (V01) - (nicht bei SBV)

Die Beitragszahlung wird ab dem _____ in Höhe von 1/___ jährlich _____ EUR wieder aufgenommen (spät. nach 3 Jahren).
Die steuerliche Behandlung der Beiträge erfolgt dabei wie vor der Beitragsfreistellung. Zunächst erstellt AXA hierfür ein Angebot.

7. Zuzahlung

Direktversicherung mit Förderung nach § 3 Nr.63 EStG ab TG 2013 (S02)

Direktversicherung mit Riesterförderung/Förderung nach § 100 EStG ab TG 2018 (S02)

Wir beantragen mit Wirkung zum _____ eine Erhöhung der vereinbarten Leistungen durch eine einmalige Zuzahlung in Höhe von _____ EUR (mindestens 150 EUR). Aufgrund der Zuzahlung darf der steuerlich zulässige Höchstbeitrag gemäß des jeweilig o.g. Förderrahmens in dem betreffenden Kalenderjahr nicht überschritten werden. Die Zuzahlung ist rechtzeitig vor dem gewünschten Termin auf das Beitragskonto zu überweisen.

Hinweise:

Maximal können zwei Zuzahlungen pro Jahr vorgenommen werden. Bitte beachten Sie, dass Zuzahlungen ein bestehendes Dienstverhältnis voraussetzen. Sie sind daher bei einer privat fortgeführten Direktversicherung nicht möglich. Die Zuzahlung wird fester Vertragsbestandteil und kann dem Vertrag nicht wieder entnommen werden. Zuzahlungen bewirken keine Erhöhung möglicherweise eingeschlossener Zusatzversicherungen und sind nicht bei Risikolebens- und selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherungen möglich. Es gelten die im Zeitpunkt der Zuzahlung aktuellen Rechtsgrundlagen der jeweils gültigen Tarifgeneration. Die Zuzahlung kann daher ggf. in einem separaten Versicherungsvertrag geführt werden.

Sonstige Hinweise Wir weisen darauf hin, dass eine Beitragsminderung bzw. eine Beitragsfreistellung zu einer Reduzierung des Versicherungsschutzes bzw. auch zum Erlöschen von Versicherungsschutz führt. Eine spätere Erhöhung vertraglicher Leistungen ist ggf. nicht mehr möglich und könnte auch steuerschädlich sein. Wurde ein Todesfallschutz oder ein Berufsunfähigkeitsschutz vereinbart, so ist grundsätzlich eine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich. Ein Rechtsanspruch auf die Wiederherstellung des ursprünglichen Vertragszustands besteht nicht.

Bei beitragsfrei gestellten Versicherungen (kapitalbildende Tarife) mit Berufsunfähigkeitsschutz kann eine Wiederinkraftsetzung zu Verträgen ab Tarifgeneration 2003 innerhalb von 6 Monaten ohne erneute Gesundheitsprüfung erfolgen. Liegt der Beitragsfreistellung eine Elternzeit zugrunde, verlängert sich die Frist auf bis zu 3 Monate nach dem Ende der Elternzeit.

Bei einer Vertragsänderung/Vertragsauflösung ist in jedem Fall der Versorgungsberechtigte in Kenntnis zu setzen, da hierdurch in das bestehende Versorgungsversprechen eingegriffen wird.

Unterschrift
Ort / Datum

Unterschrift / Firmenstempel Versicherungsnehmer

